

Aus dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich

(Direktor: Professor Dr. med. M. Schär)

Arbeit unter der Leitung von Professor Dr. med. E. Haefliger, Wald

Zur Bedeutung der ausserkantonalen Patienten für die schweizerischen Spitäler

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

Ursula Brändli

von Wald ZH

genehmigt auf Antrag von Professor Dr. med. M. Schär und
Professor Dr. med. E. Haefliger

Zürich 1971

Buchdruckerei Keller AG Aarau 1972

1973

Inhaltsübersicht

Einleitung	3
Untersuchungsmaterial, Vorgehen	3
Der Begriff des ausserkantonalen Patienten, Tax- abstufungen	5
Das Problem des ausserkantonalen Patienten für die einzelnen Spitaltypen und Spezialkliniken	7
Zur Bedeutung des ausserkantonalen (bzw. auslän- dischen) Patienten, anhand von Unterlagen aus Spi- tälern einzelner Kantone	11
Das Problem des ausserkantonalen Patienten aus der Sicht des Kranken	13
Schlussfolgerungen	13
Zusammenfassung	14

Lebenslauf

Am 9. Februar 1937 wurde ich in Aarau geboren, wo ich auch die Schulen besuchte. Nach der Maturität studierte ich in Genf bis zum zweiten vorklinischen Examen und anschliessend in Zürich. Dort schloss ich das klinische Studium im Frühjahr 1964 mit dem medizinischen Staatsexamen ab. Seither war ich mit kurzen Unterbrüchen an verschiedenen schweizerischen Spitälern als Assistenzärztin tätig und seit Juni 1970 arbeite ich auf der chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Münsterlingen.

Dank

Herrn Professor Dr. med. E. Haefliger möchte ich für die Überlassung des Themas und die unschätzbare Hilfe beim Zustandekommen der Arbeit meinen herzlichen Dank aussprechen.

Mein Dank gilt auch Herrn Martin Wipf und seinen Mitarbeiterinnen von der VESKA-Dokumentation für die wertvollen Ratschläge und die freundliche Aufnahme im Dokumentationszentrum.

Schliesslich danke ich auch allen Spitalverwaltern, dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen und dem aargauischen Kantonsarzt, Herrn Dr. med. H. Pfisterer für zahlreiche mündliche und schriftliche Hinweise und die Überlassung wertvoller Unterlagen.



Zur Bedeutung der ausserkantonalen Patienten für die schweizerischen Spitäler

Von Ursula Brändli, Wald (Diss. der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich)

Einleitung

Die schweizerischen Krankenhäuser weisen je nach ihrer Lage, ihrer Betriebsform und Aufgabe recht verschiedene Zahlen ausserkantonalen Patienten auf. Während in manchen Krankenanstalten diese Patienten weder zahlenmässig noch finanziell ins Gewicht fallen, sich laut Angaben einzelner Spitalverwaltungen für den Betrieb sogar als günstig erweisen können, werden andere Spitäler bzw. Kantone durch den Zufluss von Patienten aus anderen Kantonen vor erhebliche baulich-räumliche und finanzielle Probleme gestellt.

In der vorliegenden Arbeit soll in einem ausgelesenen Rahmen untersucht werden, welche Krankenanstalten und Kantone in besonderem Masse durch ausserkantonale Patienten betroffen werden und welche Gründe dafür vorliegen. Schliesslich soll auf einige kantonale Regelungen und den Aspekt aus der Sicht des Patienten eingegangen werden.

Untersuchungsmaterial, Vorgehen

Für unsere Arbeit wurde das Jahr 1968 als Stichjahr gewählt. Von 437 der VESKA angeschlossenen Krankenanstalten gingen bis Ende 1969 deren 172 Jahresberichte des Berichtsjahres 1968 bei der VESKA ein. Darüber hinaus wurden diese Spitäler und weitere Institutionen um zusätzliche Angaben gebeten. Lediglich 13 dieser schriftli-

chen Anfragen blieben unbeantwortet. So konnten wir von 177 Krankenanstalten in 24 Kantonen und vom Kanton Waadt global wertvolle Zahlen und weitere Angaben über ausserkantonale Patienten erhalten, die durch Besprechungen mit verschiedenen Personen des Spitalwesens noch ergänzt wurden. Die erfassten und in bezug auf die ausserkantonalen Patienten in unserer Studie berücksichtigten Gesamtpflegetage schwankten zwischen 22 % und 100 % sämtlicher Pfegetage der betreffenden Kantone. Dabei war es nicht möglich, alle Kantone in gleichem Masse zu berücksichtigen. Eine Auswahl war schon durch die eingegangenen Jahresberichte gegeben. Bei der Erfassung weiterer Spitäler wurde darauf geachtet, für jeden Kanton — möglichst unter Berücksichtigung der Spitaltypen (Tab. 1) — weitgehende Angaben über geleistete Pfegetage zu erhalten. Die Anzahl der für die einzelnen Kantone erfassten Spitäler — aufgeschlüsselt nach Kategorien — zeigt Tab. 2. Für einen Teil dieser Spitäler ist aber die zahlenmässige Bedeutung der ausserkantonalen Patienten nur teilweise bekannt. Da zudem die Anzahl der erfassten Pfegetage mehr aussagt als die Anzahl der erfassten Spitäler, sind in Tab. 3 zusätzlich alle öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Kantons, deren Relation in den verschiedenen Kantonen stark variiert. Im übrigen erschwert die unterschiedliche Klassierung gesunder Säuglinge in einem beschränkten Rahmen den Vergleich.



Abb. 1:
Beziehungen zu den Nachbarkantonen mit Angabe der durchschnittlichen Zahl der Patiententage pro Jahr (aus dem «Expertenbericht II, 1968, über die Planung des aargauischen Krankenhauswesens»)

Tabelle 1

Krankenanstaltenkategorien (nach VESKA)

- 01 Universitätsspitäler
- 02 Allgemeinspitäler mit mehr als 500 Betten
- 03 Allgemeinspitäler mit 250—499 Betten
- 04 Allgemeinspitäler mit 75—249 Betten
- 05 Allgemeinspitäler mit weniger als 75 Betten
- 12 Kinderspitäler

- 13 Frauenspitäler
- 14 andere Spezialspitäler
- 21 Tuberkuloseheilstätten
- 22 Mehrzweckheilstätten
- 23 Krankenhäuser für Alters- und Chronischkranke
- 31 Psychiatrische Universitätskliniken
- 32 Psychiatrische Kliniken, andere
- 33 Anstalten für Geistesschwache
- 40 Bäder-, Klima-, Diät- und andere Kuranstalten, Eingliederungsstätten, Präventorien usw.

Tabelle 2

erfasste Spitäler, aufgeschlüsselt nach Kategorien (Tabelle 1)

	01	02	03	04	05	12	13	14	21	22	23	31	32	33	40	total
Aargau	—	1	1	7	1	—	—	—	—	1	6	—	1	—	4	22
		1	1	3						1	4				1	11
Appenzell A-Rh.	—	—	—	2	4	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	9
I-Rh.	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	6
				1	—										—	1
Baselland	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	5
		1											1		1	3
Basel-Stadt	1	—	1	3	2	1	1	2	—	—	3	1	1	—	—	16
	1		1	2		1	1	2			2	1	1			12
Bern	1	—	3	26	13	1	1	—	1	1	14	1	6	—	6	74
	1		2	13	9		1			1	2		2		2	33
Freiburg	—	—	—	9	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	13
				5												5
Genf	1	—	—	—	9	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—	16
	1											1				2
Glarus	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
				1						1						2
Graubünden	—	—	1	6	8	—	1	1	12	5	2	—	2	2	3	43
			1	3	2		1		2	4	1		2		1	17
Luzern	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	8
		1											1			2
Neuenburg	—	—	1	6	3	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	14
			1	4	2								2			9
Nidwalden	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
				1									—			1
Obwalden	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
				1									—			1
St. Gallen	—	1	—	8	5	2	—	1	—	1	3	—	1	—	2	24
		1		5		1				1			1			9
Schaffhausen	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	4
			1			1							1			3
Schwyz	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
				2												2
Solothurn	—	—	2	2	2	—	—	—	—	1	1	—	1	—	2	11
			2	2						1			1			6
Tessin	—	—	2	11	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	7	25
			2	2												4
Thurgau	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	3	—	3	—	1	11
			1	1							1		1			4
Uri	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
				1												1
Wallis	—	—	1	7	1	—	—	—	2	2	—	—	1	—	3	17
			1	3					1	1			1		1	8
Waadt	1	—	—	12	13	1	1	2	1	2	1	1	5	—	1	41
Zug	—	—	—	3	1	—	—	—	2	—	1	—	2	—	2	11
				3												3
Zürich	1	1	1	19	8	1	—	3	—	1	17	1	8	—	2	63
	1	1	1	15	4	1		2		1	2	1	3		1	33

Angaben über ausserkantonale Patienten in Jahresberichten von Spitälern

Es gibt grundsätzlich vier Möglichkeiten der Einteilung ausserkantonalen Patienten:

1. Aufteilung der Patienten und ihrer *Pflegetage* nach *Wohnort* des Patienten.
2. Aufteilung der Patienten nach *Wohnort* ohne Berücksichtigung ihrer *Pflegetage*.

Diese beiden Arten der Darstellung waren für unsere Arbeit besonders dienlich. Unvollständigkeiten jedoch in der Ausscheidung innerhalb der Gruppen 1. und 2. können

sich leicht bei Privatpatienten, bei Patienten mit eidgenössischen Versicherungen und — wie erwähnt — bei gesunden Säuglingen ergeben. Da diese Gruppen das Krankenhaus finanziell relativ gering belasten, fallen sie für den ausserkantonalen Sektor weniger ins Gewicht.

3. Aufteilung der Patienten lediglich nach *Bürgerort*.
4. Fehlende Einteilung bzw. Ausscheidung und damit Eingliederung ausserkantonalen Patienten in das Patiententotal.

In der Regel geschieht die Aufteilung in erster Linie aus Taxgründen bzw. zur Erhältlichmachung von Mehrein-

Tabelle 3 *

Übersicht über die erfassten Spitäler und ihre Anzahl Pfl egetage

- 1 Anzahl der 1968 der VESKA angeschlossenen Krankenanstalten
- 2 Anzahl Pfl egetage von unter Rubrik 1 geführten Anstalten, in 1000 (gesunde Säuglinge teilweise inbegriffen)
- 3 Anzahl der erfassten Krankenanstalten
- 4 Anzahl Pfl egetage von unter Rubrik 3 geführten Anstalten, in 1000
- 5 Erfasste Pfl egetage in Prozent aller Pfl egetage des betreffenden Kantons
- 6 Anzahl der Krankenanstalten, die über brauchbare Angaben über ausserkantonale Patienten verfügen
- 7 Anzahl Pfl egetage von unter Rubrik 6 geführten Anstalten, in 1000
- 8 Erfasste Pfl egetage mit Angaben über ausserkantonale Patienten in Prozent aller Pfl egetage des betreffenden Kantons

	1	2	3	4	5	6	7	8
Aargau	22	1399	11	773	55	7	503	36
Appenzell A-Rh.	9	330	6	249	76	6	249	76
Appenzell I-Rh.	1	38	—					
Baselland	5	367	3	341	93	2	328	90
Basel-Stadt	16	1176	12	1072	91	9	836	71
Bern	74	3628	33	1557	43	18	1346	37
Freiburg	13	593	5	253	51	3	164	38
Genf	16	961	2	809	84	2	809	84
Glarus	2	89	2	89	100	2	89	100
Graubünden	43	1386	17	751	54	11	657	47
Luzern	8	650	2	471	73	1	216	33
Neuenburg	14	673	9	560	83	8	495	74
Nidwalden	1	35	1	35	100	1	35	100
Obwalden	1	33	1	33	100	1	33	100
St. Gallen	24	1316	9	923	70	8	873	64
Schaffhausen	4	245	3	215	88	3	215	88
Schwyz	3	98	2	79	81	2	79	81
Solothurn	11	548	6	507	93	5	478	87
Tessin	25	1110	4	286	25	3	241	22
Thurgau	11	733	4	488	67	4	488	67
Uri	1	63	1	63	100	1	63	100
Wallis	17	793	8	538	68	6	474	60
Waadt	41	1529						
Zug	11	366	3	133	36	3	133	36
Zürich	63	3621	33	2362	65	32	2345	65

* Spitalstatistiken der Kantone Graubünden, Waadt und Wallis enthalten Krankenanstalten, so vor allem Tuberkulose- oder Mehrzwecksanatorien, deren Träger und mehrheitlich auch deren Patienten aus anderen Kantonen stammen. In unserer Aufstellung wurden solche Krankenhäuser ausschliesslich den jeweiligen Standortkantonen zugerechnet.

nahmen, u. a. für den Beizug ausserkantonomaler Stellen zur Defizitdeckung, wegen Fragen regionaler Spitalplanung usw. Oft aber werden althergebrachte Aufteilungen aus früheren Jahresberichten selbst auch dann weiter übernommen, wenn sie für die derzeitige Bewertung des Krankengutes zwecklos geworden sind.

Eine treffliche Darstellung interkantonomaler Krankenhausbeziehungen ergibt sich für den Kanton Aargau aus Abbildung 1. Für weitere Kantone bestehen ähnliche Analysen im Rahmen differenzierter Spitalplanung. Für die meisten Kantone fehlen jedoch entsprechende Unterlagen, begreiflicherweise besonders dort, wo ausserkantonale Patienten von untergeordneter Bedeutung sind.

Der Begriff des ausserkantonomalen Patienten, Taxabstufungen

Bei den in unserem Lande vorkommenden 16 verschiedenen Rechtsformen der Krankenanstalten (Tabelle 4) muss der Begriff des ausserkantonomalen Patienten erst einmal festgelegt werden. In der Regel gilt als ausserkantonomaler Patient, wer Wohnort bzw. Steuersitz in einem andern Kanton hat als sich der Standort des Krankenhauses befindet, in dem sich der Kranke aufhält.

Tabelle 4

Rechtsformen bzw. Träger von Spitälern (nach VESKA)

- 01 Einzelperson
- 02 einfache Gesellschaft
- 03 Kollektivgesellschaft
- 04 Kommanditengesellschaft
- 05 Aktiengesellschaft
- 06 Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- 07 Genossenschaft
- 08 Verein
- 09 Stiftung des privaten Rechts
- 10 Stiftung des öffentlichen Rechts
- 11 Gemeinde
- 12 öffentlich-rechtlicher Gemeindeverband
- 13 Bezirk, Kreis
- 14 Kanton
- 15 Bund
- 16 andere öffentlich-rechtliche Körperschaft

Der Erfassung des ausserkantonomalen Patienten stehen allerdings Schwierigkeiten entgegen. Während bei einer kantonomalen Krankenanstalt, bei der der Kanton auch das Defizit zu 100 % übernimmt, die Ausscheidung in kantonomal und ausserkantonomal domizillierte Kranke einfach ist, ergeben sich bei Gemeinde-, Bezirks- und Kreisspitälern unter Umständen in der Ausscheidung bereits grössere Schwierigkeiten, da innerhalb der Gruppe kantonomaler Patienten sich solche einerseits aus Träger- andererseits aus Nichtträgergemeinden befinden. Öfters müssen daher bei den heute bestehenden Verhältnissen Trägergemeinden Spitaldefizite übernehmen, die z. B. nicht nur von ausserkantonomalen Patienten, sondern von solchen, die innerhalb des Kantons, aber ausserhalb der Trägergemeinden wohnen, mit verursacht sind. Tragen mehrere Kantone gemeinsam ein Krankenhaus, erschwert sich die Definition eines ausserkantonomalen Patienten; es würde sich hier eigentlich um einen Kranken handeln, dessen Wohnsitz sich ausserhalb des Gebietes der Trägerkantone befände. Spitäler rein privaten Charakters, da sie vollständig frei von Einflüssen eines öffentlichen Subvenienten sind, brauchen sich in der Taxgestaltung nicht nach dem Wohnort des Patienten zu richten, so dass dieser in der Regel finanziell gleich hoch belastet wird, von wo her er auch stammt. Hier erfolgt öfters auch keine Ausscheidung zwischen kantonomalen und ausserkantonomalen Patienten.

Die Einteilung nach dem Wohnortsprinzip ergibt folgende Kategorien.

Wohnort bzw. Steuersitz in:

1. Trägergemeinde oder -gemeinden = Spitalgemeindepatient.
2. In Gemeinde, die nicht Träger oder Mitträger des Krankenhauses ist = nicht Spitalgemeindepatient.
3. In Trägerkanton oder -kantonen = kantonomaler Patient.
4. Ausserhalb von Trägerkanton oder -kantonen = ausserkantonomaler Patient.
5. Im Ausland = ausländischer Patient.

In den meisten Kantonen gilt der Wohnsitz offiziell als solcher vom Zeitpunkt der Wohnsitznahme, bzw. der gesetzlichen Anmeldung, bzw. Abgabe der entsprechenden Ausweispapiere bei der hierfür zuständigen behördlichen Stelle, an. In wenigen Kantonen tritt «der Wohnort» erst nach einer bestimmten Karenzzeit in Kraft.

In einigen Kantonen wird dem ausserhalb des Kantons wohnhaften Patienten, wenn er dagegen Bürger des Kantons ist, innerhalb dessen Grenzen sich das Krankenhaus befindet, welches er beansprucht, der kantonomale Tarif gewährt. Während es dagegen Kantone gibt, in denen der innerhalb ihrer Grenzen wohnhafte Ausländer bei Krankenhausaufenthalt nach kantonomalem Tarif eingestuft wird,

hat in andern Kantonen der im Kanton wohnhafte Ausländer eine höhere Spitaltaxe zu entrichten. Im Kanton Zürich z. B. ist der dort wohnhafte Ausländer dem Einheimischen gleichgestellt. Der ausserhalb des Kantons wohnhafte Zürcher Bürger hingegen wird nach ausserkantonalem Tarif eingestuft, sofern er ein Krankenhaus in seinem «Bürgerkanton» aufsucht.

Zu dieser Komplexität kommt noch hinzu, dass durch Tarifgestaltung über Verträge, z. B. zwischen zwei Nachbarkantonen, die einen ausserkantonalen Patienten gegenüber den andern begünstigt werden. Der ausserkantonale Kranke kommt in solchen Fällen deshalb in den Genuss einer niedrigeren Spitaltaxe, da sein Wohnortskanton durch Spezialabkommen an das Spitaldefizit des Krankenhauses, das er zur Behandlung aufgesucht hat, beiträgt.

Das Wohnortsprinzip (einschliesslich der Nationalität) ist nur einer von Faktoren zur Taxgestaltung. Ihm gleich- oder nachgeordnet sind Gliederungen in versicherte und nicht versicherte Patienten, Taxierung gemäss der Finanzlage (Einkommen und Vermögen) des Patienten, Taxabstufungen je nach Alter des Kranken (Erwachsener, Kind, kranker und gesunder Säugling), Taxierung je nach Spitaltyp, bzw. Kategorie (Universitätsklinik, Regionalspital, Pflegeheim), nach der Krankenaufenthaltsdauer (akut- und langfristigkrank) und schliesslich Taxierung nach der sogenannten Spitalklasse. In öffentlichen Spitälern der Schweiz werden meist drei Klassen unterschieden: die am meisten frequentierte allgemeine oder 3. Klasse, die sog. 2., halbprivate oder Zweierzimmerprivatklasse, und schliesslich die 1. oder Privat- oder Einerzimmer-, evtl. Zweierzimmer-Privatklasse. Die Bezeichnungen sind also nicht einheitlich. Je nach Krankenhaus variiert die finanzielle Belastung des Patienten innerhalb dieser drei Klassen erheblich. Unterschiede bestehen sogar in vielen Spitälern innerhalb der allgemeinen Klasse. Vor allem wird zwischen Krankenkassenversicherten und Selbstzahlern unterschieden. Die Leistungen, die von letzteren verlangt werden, sind meist zum Teil erheblich grösser als von den Versicherten. Auch wird zudem Gemeindebehörden (z. B. sog. Armenpflegen, die für unbemittelte Kranke voll aufzukommen haben) von vielen öffentlichen Spitälern ein verbilligter Sondertarif eingeräumt.

In nachfolgender Abbildung 2 sind für das Jahr 1968 und für ein bestimmtes Spital Unterschiede in der finanziellen Belastung des Patienten je nach Klasseneinteilung und je nach kantonaler oder ausserkantonomer Zugehörigkeit dargestellt.

Aus Abbildung 2 ergibt sich durchwegs eine merkliche Höherbelastung des ausserkantonomalen Kranken in den drei Krankenkategorien, vor allem während den ersten 10 Hospitalisationstagen.

Nebenleistungen

Grundtaxen und sogenannte Nebenleistungen machen die Totaleinnahmen aus, die von einem Kranken zu erbringen sind. In der Regel richten sie sich nach den Spitalklassen. Welche Leistungen in der Grundtaxe der allgemeinen Abteilung inbegriffen sind, variiert von Kanton zu Kanton oder auch von Spital zu Spital. Auf der Privatabteilung werden in der Regel alle Leistungen ausser Unterkunft, Verpflegung und normaler Krankenpflege speziell verrechnet. Es gibt Spitälern, die sich zudem für ausserkantonale Patienten und Patienten aus dem Ausland die Verrechnung von besonders aufwendigen Leistungen vorbehalten. Aber auch Abstufungen nach Wohngemeinden innerhalb eines Kantons kommen vor, nämlich abhängig davon, je nachdem eine Wohngemeinde Spitalträgerin ist oder nicht.

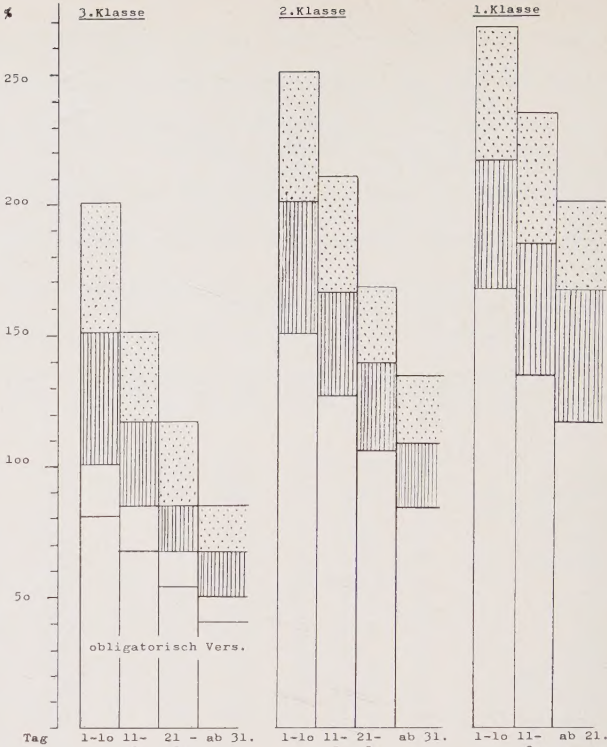


Abb. 2:
Grundtaxen für Patienten (eines bestimmten Spitals pro 1968) innerhalb von drei Spitalklassen und unter Einbezug in den Vergleich kantonomer, ausserkantonomer und ausländischer Patienten und einer Taxabstufung bezüglich der Aufenthaltsdauer nach vier Gruppen (1—10, 11—20, 21—30, 31 und mehr Tage)

weiss = kantonale Patienten
schraffiert = ausserkantonale Patienten
punktiert = Patienten aus dem Ausland
Basis = 100 % selbstzahlende Kantonseinswohner 1.—10. Tag

Hinweise über die Verhältnisse zwischen Kostgeldern und Nebenleistungen in zwei verschiedenen Spitälern und in einzelnen Patientengruppen finden sich in Tabelle 5 und in Abbildung 3.

Tabelle 5

Verhältnis zwischen Kostgeldern und Nebenleistungen in einem nicht universitären Kantonsspital und in einer Universitätsklinik

K = Kantonseinswohner
AK = Patienten aus der übrigen Schweiz
A = Patienten aus dem Ausland
KG = Kostgeld
NL = Nebenleistungen

	in einem Kantonsspital		in einer Universitätsklinik	
	KG	NL	KG	NL
allgemeine Abteilung				
K	55	45	93	7
AK	67	33	93	7
A	65	35	97	3
2. Klasse				
K	58	42	45	55
AK	63	37	52	48
A	45	55	65	35
1. Klasse				
K	38	62	48	52
AK	35	65	50	50
A	32	68	56	44
zusammen				
K	48	52	88	12
AK	38	62	82	18
A	39	61	78	22

Die beiden Kliniken sind nur bedingt vergleichbar. In der Universitätsklinik wurden alle Patienten erfasst. Das Verhältnis zwischen K, AK und A verhält sich wie 90 : 4 : 6. Im Kantonsspital wurden hingegen nur die Erwachsenen und innerhalb der allg. Abteilung nur die Selbstzahler erfasst. Hier ist das Verhältnis K : AK : A wie 88 : 11 : 1.

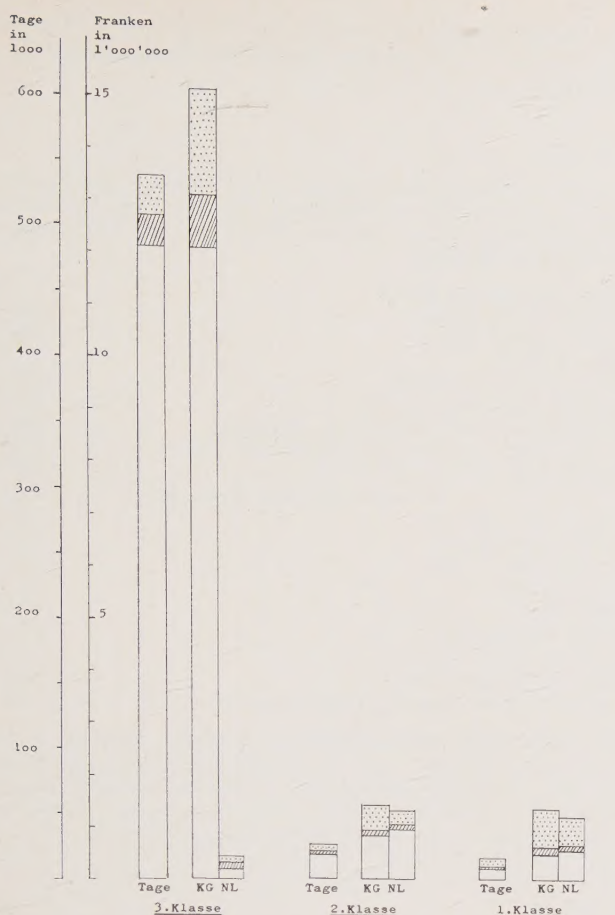


Abb. 3:
Verhältnis zwischen den drei erwähnten Spitalklassen in Bezug auf Patientenverpflegungstage, Wohnort (im Kanton, ausser Kanton, im Ausland).
Aufteilung der Einnahmen nach sog. Kostgeld- und Nebeneinnahmen, ausgedrückt je nach erwähntem Wohnort und je nach Spitalklasse.

weiss = Kantonseinwohner
schraffiert = ausserkantonale Patienten
punktirt = Patienten aus dem Ausland
KG = Kostgelderinnahmen
NL = Nebeneinnahmen

Aus diesen Unterlagen geht u. a. das Verhältnis zwischen kantonalen und andern Patienten hervor, wie auch zwischen den Einnahmen über Kostgeld und Nebenkosten, verteilt auf die einzelnen Patientenkategorien. Es stehen u. a. die relativ wesentlich höheren Einnahmen über die Nebenkosten in den Patientenkategorien der 1. und 2. Klasse hervor.

Das Problem des ausserkantonalen Patienten für die einzelnen Spitaltypen und Spezialkliniken

Wie wir ersehen haben, macht generell gesehen die Auscheidung der Gruppe der ausserkantonalen Patienten Schwierigkeiten. Dazu ist eine Differenzierung innerhalb dieser heterogenen Gruppe schwer möglich, da Allgemeinpatienten, Privatpatienten, Patienten mit eidgenössischen Versicherungen als Kostenträger und gesunde Säuglinge meist nicht oder nur ungenügend voneinander unterschieden sind. Oft gibt die Rechnung kleiner Spitäler noch das klarste Bild. Aber auch eine Reihe finanziell-rechnerischer Fragen erschweren einen Vergleich. Dazu vielleicht das folgende Zitat aus einem Jahresbericht: «Die grossen Unterschiede in den Positionen... sind bedingt durch den Umstand, dass verschiedene Ausgabenkonten in andere

Gruppen umgeteilt wurden. Vergleiche gegenüber dem Rechnungsjahr 1967 sind daher nicht möglich.» Es ist zu hoffen, dass der revidierte VESKA-Kontenplan für die Buchung vermehrte Klarheit schafft.

Wie wir erwähnt haben, können Kantone für ihre ausserkantonale untergebrachten Kranken finanzielle Leistungen an das Spitaldefizit des beanspruchten Krankenhauses erbringen. Unsere Untersuchung ergab nun, dass einheitliches Berechnungsschema und -modus zur exakten Erfassung des ausserkantonalen Kranken fehlen und damit Nachbarkantone nach unterschiedlichem Elanmass zur Leistung an das Defizit beigezogen werden.

Hier einige Beispiele zur Berechnung des Betrages, den ein Kanton je in einem bestimmten Spital für ausserkantonale Patienten zu erbringen hat. Die folgenden Berechnungsarten stammen von Angaben der Verwalter der entsprechenden Spitäler, bzw. aus der Praxis.

1. Die Einnahmen (Kostgelder und Nebeneinnahmen) von ausserkantonalen Patienten und auch ihre Pflegetage sind bekannt. Die Differenz pro Pflegetag zwischen generellem Durchschnittsaufwand und mittleren Einnahmen von ausserkantonalen Patienten, multipliziert mit der Anzahl der Pflegetage ausserkantonalen Patienten, ergibt den im Sektor des ausserkantonalen Patienten entstandenen Spitaldefizitanteil. Eine solche Berechnungsart wäre genau. Sie ist anscheinend nur in wenigen Spitalern möglich.
2. Die Pflegetage ausserkantonalen Patienten, der mittlere Defizitbetrag pro Pflegetag und der mittlere Taxunterschied zwischen kantonalem und ausserkantonalem Patienten sind bekannt. Die Differenz zwischen Defizit pro Tag und mittlerem Taxunterschied, multipliziert mit der Anzahl Pflegetage ausserkantonalen Patienten, führt uns zur gesuchten Summe.
3. Berechnung wie 2., doch sind die Pflegetage ausserkantonalen Patienten nicht bekannt, wohl aber die Zahl ausserkantonalen Patienten. Annähernd sind die Pflegetage zu errechnen, wenn die Zahl ausserkantonalen Patienten mit der mittleren Aufenthaltsdauer im Spital multipliziert wird.
4. Manche Spitäler berücksichtigen die erwähnte Taxdifferenz nicht und multiplizieren einfach die Pflegetage ausserkantonalen Patienten mit dem Defizit pro Pflegetag, wohl in der Überlegung, dass die Taxunterschiede im Tagesdurchschnitt der Einnahmen bereits einmal mitgerechnet sind.

Neben diesen vier genannten Beispielen gibt es noch eine grosse Zahl kleiner Varianten zur Berechnung des effektiven mittleren Defizits pro Pflegetag.

Eine nicht unwesentliche Fehlerquelle bei all diesen Berechnungen bilden einerseits die Patienten eidgenössischer Versicherungen, für die ja keine Tarifunterschiede zwischen kantonalen und ausserkantonalen Patienten bestehen. Andererseits erbringen in vielen Spitalern die Privatpatienten ungefähr die effektiven Kosten, so dass die Pflegetage privater ausserkantonalen Patienten eigentlich nicht mitgerechnet werden müssten. Je nachdem die gesunden Säuglinge in die Pflegetage einbezogen sind oder nicht, ergeben sich von Spital zu Spital Differenzen, die eine Berechnung ebenfalls wesentlich verfälschen können. Als Beispiel sei eine bestimmte Frauenklinik erwähnt, in der die Säuglinge rund 25 % aller Pflegetage ausmachen. Werden sie in die Aufstellung der Pflegetage nicht einbezogen, steigen die errechneten Kosten pro Pflegetag um den Faktor 1,3. Ähnlich ist die Situation in einem bestimmten Kreisspital. Dort erreichen die Säuglinge rund 10 % aller Pflegetage und würden die Kosten pro Pflege-

tag um den Faktor 1,1 erhöhen, wenn sie in der Aufstellung der Pfl ege tage nicht mitberücksichtigt sind.

Die Bedeutung ausserkantonaler Patienten für ein Krankenhaus hängt — wie erwähnt — von deren Anzahl ab. Im folgenden gehen wir anhand einzelner Spitaltypen auf das Problem ein.

Universitätsspitäler spielen als hochspezialisierte Zentren und in ihrer Bedeutung für umliegende, nicht universitäre Kantone eine besondere Rolle. Ein Vergleich innerhalb der Universitätskliniken wird erschwert durch ihre ungleiche Zusammensetzung (selbständige Frauen- und Kinderkliniken). Auch die Rechtsform ist nicht bei allen gleich, obwohl praktisch der Kanton das Defizit ganz übernimmt. Zudem sind die Auslagen für Lehre und Forschung sowie für die Polikliniken nicht in allen Fällen ausgeschieden oder bekannt. Schliesslich werden nicht alle Kantonsbeiträge nach VESKA-Kontenplan verbucht. Eine exakte Berechnung der Kosten für ausserkantonale Patienten in Universitätsspitalern ist daher praktisch verunmöglicht.

Die Arbeit wurde im Rahmen einer gewissen Anonymität in bezug auf die jeweilig erwähnten oder berücksichtigten Spitäler konzipiert. Entweder wurden daher die jeweils angesprochenen Spitäler nicht genannt oder zur besseren Unterscheidung mit einer uns bekannten Kennziffer versehen.

Tabelle 6

Anteil ausserkantonalen Patienten, bzw. deren Pfl ege tage, bezogen auf die Gesamtzahl der Pfl ege tage einzelner Universitätsspitäler (unter Einbezug der Säuglinge).

Universitätsspitaler	1	2	3	4	5
Bettenzahl	1405	897	1222	1232	1944
() inkl. Säuglingsbetten	(1532)			(1282)	(1976)
prozentualer Anteil	%	%	%	%	%
ausserkantonaler	19,8	10,0*	18,3	11,2**	4,3
Patienten inkl. Säuglinge (Pfl ege tage)					

* ohne ausserkantonale Patienten aus dem Vertragskanton
** Unterlagen von 1962

Im weiteren sind die ausserkantonalen Patienten auf den verschiedenen Kliniken innerhalb der gleichen Universitätsklinik recht unterschiedlich vertreten. Eine diesbezügliche Aufstellung zeigt Tabelle 7.

Die Verhältnisse in den Kantonsspitalern liegen im Vergleich zu den Universitätskliniken in vielem klarer, vor allem ist eine finanzielle Transparenz durch die Sektoren Unterricht und Forschung kaum beeinträchtigt. So lässt sich auch viel eher die finanzielle Belastung des jeweiligen Krankenhausträgers durch den ausserkantonalen Patienten errechnen oder annähernd schätzen. Aus Unterlagen, die uns zur Verfügung gestellt wurden oder über mündliche Angaben ergäbe sich folgende errechnete oder geschätzte Finanzbelastung einzelner Kantonsspitäler durch ausserkantonale Patienten:

6 rund	700 000 Franken
7 rund	415 000 Franken
8 rund	1 000 000 Franken
9 rund	1 640 000 Franken
10 rund	460 000 Franken

Die Höhe der Belastung durch den ausserkantonalen Patienten schwankt demnach wie erwartet je nach Grösse und Funktion eines Kantonsspitals auch für seine Region.

In einem Beispiel (8) machte der von den ausserkantonalen Patienten verursachte Anteil am Gesamtdefizit 13 % desselben aus.

Tabelle 7

Anteil ausserkantonalen Patienten bzw. Pfl ege tage ausserkantonalen Patienten in den verschiedenen Kliniken eines Universitätskrankenhauses, bezogen auf die Gesamtzahl der Pfl ege tage der betreffenden Kliniken.

Neurochirurgische Klinik	51,0 %
Zahnärztliche Klinik	50,0 %
Neurologische Klinik	39,6 %
Rheumaklinik	37,7 %
Dermatologische Klinik	35,6 %
Psychiatrische Bettenklinik	31,0 %
Bettenstation der Medizinischen Poliklinik	29,4 %
Bettenstation der Radiotherapeutischen Klinik	25,0 %
Augenklinik	24,4 %
auf allen Kliniken zusammen	19,8 %
Klinik Chirurgie A	17,3 %
Urologische Klinik	17,0 %
Medizinische Klinik	15,5 %
Säuglingsheim	14,1 %
ORL-Klinik	13,6 %
Klinik Chirurgie B	13,4 %
Gynäkologische Klinik	6,0 %
Geburtshilfliche Klinik	2,9 %
ausserkantonaler Anteil bei Neugeborenen	2,6 %

Die EMV (Eidg. Militärversicherung), SUVA (Schweiz. Unfallversicherungsanstalt)- und IV (Invalidenversicherungs)-Patienten bzw. Pfl ege tage machen 15,5 % aller ausserkantonalen Patienten der gesamten Universitätskliniken aus. Sie steuern zum Gesamtertrag von ausserkantonalen Patienten 21,5 % bei.

Tabelle 8

Anteil ausserkantonalen Patienten, bzw. deren Pfl ege tage, bezogen auf die Gesamtzahl der Pfl ege tage einzelner Kantonsspitäler (unter Einbezug der Säuglinge).

Nicht universitäre Kantonsspitaler	6	7	8	9	10
Bettenzahl (inkl. Säuglingsbetten)	735 (784)	503 (543)	715 (800)	1029 (1105)	656 (763)
prozentualer Anteil der Säuglinge an den Pfl ege tagen	% 5	% 7,7	% 8,5	% 6,3	% 8,2
prozentualer Anteil ausserkantonaler Patienten an den Pfl ege tagen	8,2	7,8*	12,8	17,0	5,5

* ohne Patienten aus dem benachbarten Vertragskanton

In nachfolgender Abbildung (Abb. 4) sind für die drei Spitalklassen die Erträge aus sogenanntem Kostgeld und Nebenleistungen für ein bestimmtes Kantonsspital — auch in Bezug auf die Selbstkosten — einander gegenübergestellt. In den Vergleich einbezogen sind Krankenkassenpatienten und Patienten eidgenössischer Versicherungen. Am rechten Rand der Darstellung sind im Durchschnitt des Pfl ege tages Kostgeldeinnahmen, Nebenleistungen und Staatsbeitrag angeführt.

Tabelle 9

Anteil ausserkantonalen Patienten bzw. deren Pfl ege tage, bezogen auf die Gesamtzahl einzelner Bezirks- bzw. Kreisspitäler (unter teilweise Einbezug der Säuglinge).

Bezirksspitaler, Kreisspitäler	11	12	13
Bettenzahl (inkl. Säuglingsbetten)	435 (495)	228 (256)	90 (100)
prozentualer Anteil der Pfl ege tage ausserkantonalen Patienten an allen Pfl ege tagen	% 3,3 (8,7)	% 11,5	% 10*

* Prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Patienten

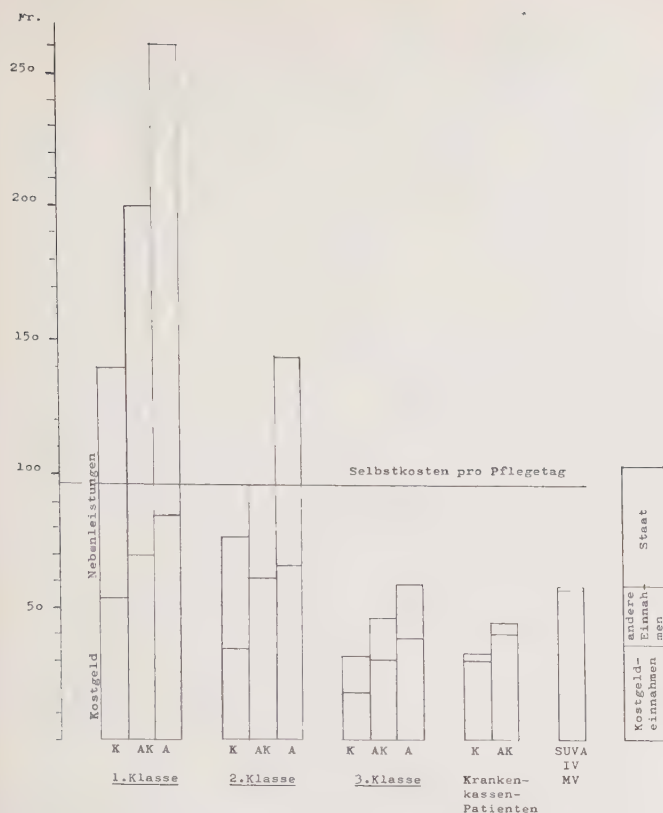


Abb. 4:
Verhältnis von Kostgeldeinnahmen und Nebenleistungen zwischen einzelnen Patientengruppen im Vergleich zu den Selbstkosten pro Pflage-tag in einem Kantonsspital

K = Kantonal
AK = Ausserkantonal
A = Ausland

Im Falle 11 kommen zu den «richtigen» ausserkantonalen Patienten noch in 5,4 % des Patiententotals ausserregionale Kantonseinwohner hinzu, die tarifmässig den ausserkantonalen Patienten gleichgestellt werden. Im Falle 12 wurden Angaben übermittelt, nach denen man eine Defizitbelastung durch ausserkantonalen Patienten von rund Fr. 70 000.— annahm, eine Summe, die zu ca. $\frac{1}{3}$ von den Spitalträgergemeinden und zu ca. $\frac{2}{3}$ vom Kanton gedeckt wurde.

Tabelle 10

Anteil ausserkantionaler Patienten und von Kantonseinwohnern, die ausserhalb der Trägergemeinden wohnhaft sind, bezogen auf die Gesamtzahl.

Stadtspitäler

	14	15
Bettenzahl	226	444
Prozentualer Anteil ausserkantionaler Patienten	% 8,4	% 2
	der Pflage-tage	des Gesamttotals der Patienten
Kantonseinwohner ausserhalb der Stadt bzw. der Spitalgemeinden	33	18
	der Pflage-tage	des Gesamttotals der Patienten

Im Falle 14 zeigt sich ein sehr hoher Anteil von stadt- und kantonsfremden Patienten. Bei einer Annahme, dass die von ihnen erhältlichen Einnahmen pro Pflage-tag rund Fr. 30.— unter den Selbstkosten liegen, ergibt sich bei deren Pflage-tagen von 26 500 ein daraus resultierender Defizitbetrag von rund Fr. 800 000.— im Rechnungsjahr. Die drei Beispiele von in der Kantonsperipherie gelegenen

Regionalspitälern haben als Basis eine gewisse Einheitlichkeit der Aufgabe, weisen hingegen deutliche Unterschiede in ihrem finanziellen Statut und Verhalten gegenüber den ausserkantonalen Kranken auf. In einem Fall (16) vermögen die Einnahmen pro Pflage-tag von Seiten des Nachbarkantons die effektiven Selbstkosten nicht zu decken. Ein Defizitbetrag von rund Fr. 20.— pro Pflage-tag eines ausserkantonalen Patienten muss also von den Spitalträgergemeinden und vom Trägerkanton erbracht

Tabelle 11

Anteil ausserkantionaler Patienten (aus einem dem Regional-spital benachbarten Kanton und aus weiteren Kantonen), bezogen auf die Gesamtzahl.

Regionalspitäler (in Bezug auf kantonales Einzugsgebiet Peripheriespitäler)

	16	17	18
Bettenzahl	74	122	151
Prozentualer Anteil ausserkantionaler Patienten	%	%	%
aus dem Nachbarkanton	44	64	} 25
aus weiteren Kantonen	1,5 nach Pat.- zahl	4 nach Pflage- tagen	
			nach Pflage- tagen

werden. In einem andern Fall (17) hingegen bestehen angepasstere Abkommen. So entrichtete der in Frage stehende Nachbarkanton einen Beitrag an den Spitalbau, ebenso Betriebsbeiträge nach der Frequenz seiner Patienten. Dafür werden die Patienten aus diesem Kanton im erwähnten Krankenhaus zu gleichen Bedingungen wie die Patienten aus dem eigenen Kanton, aufgenommen. Und schliesslich in einem weiteren Beispiel (18) vermögen — bei vertraglicher Regelung mit dem Nachbarkanton und dessen Krankenkassen — die Leistungen dieser Kassen (nach Pauschaltarif), weiter der Kantonsbeitrag (des Nachbarkantons) und schliesslich die vom Patienten zu erbringende Leistung die effektiven Auslagen knapp zu decken. Für Selbstzahler wird nach dem Leistungsprinzip Rechnung gestellt. Nach Angaben des Verwalters dieses Krankenhauses verbreitern die ausserkantonalen Patienten in wünschenswerter Weise die ökonomische Basis und vermögen damit indirekt die Pflegekosten herabzusetzen. Bekanntlich gibt es keine allgemein anerkannten Normen über optimale Spitalgrössen. Es scheint uns nicht wenige Spitäler zu geben, die durch den Zuzug ausserkantionaler Patienten eine bessere Betriebsbasis erreichen.

Tabelle 12

Anteil ausserkantionaler Patienten, bzw. deren Pflage-tage, bezogen auf die Gesamtzahl der Pflage-tage

Frauenspitäler

	19	20	21
Bettenzahl	462	307	104
prozentualer Anteil ausserkantionaler Patienten an den Pflage-tagen (ohne Säuglingspflage-tage)	% 30*	% 8,2	% 9,6
	5**		

* alle ausserkantonalen Patienten

** ohne Patienten aus dem Nachbarkanton, mit dem ein Vertrag besteht

Von diesen drei kantonalen Frauenspitälern sind zwei einer Universität angeschlossen. Defizit und staatliche Defizitdeckung pro Pflage-tag sind dementsprechend höher. Im übrigen variiert zwischen ihnen der Anteil der Säuglingsbetten zwischen 29 % und 34 % und derjenige ihrer Pflage-tage an allen Pflage-tagen zwischen 25 % und 29 %.

Tabelle 13

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflegestage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Kinderspitäler	22	23	24
Bettenzahl	364	360	112
prozentualer Anteil ausserkantonomaler Patienten	%	%	%
Pflegestage	9*	23	3,68
		31,4	4,58

* ohne Patienten aus dem Vertragskanton

Es handelt sich — wie bei den Frauenspitlern — um zwei universitäre und eine nicht universitäre Klinik. Es gelten auch hier in finanzieller Hinsicht die dort gemachten Bemerkungen. Das nicht universitäre Kinderspital (24) hat mehrere vertraglich beteiligte Kantone als Mitträger. Bei der erwähnten Zahl ausserkantonomaler Patienten und Pflegestage handelt es sich um solche von aus Nichttrgerkantonen stammenden Kindern.

Während in fachlich anders gerichteten Spitälern die Zahl der Pflegestage ausserkantonomaler Patienten meist kleiner ist als nach der Anzahl der Patienten hätte erwartet werden können, sind die Verhältnisse in Kinderspitälern meist umgekehrt. In einem Kinderspital kommen eher medizinisch schwere Fälle, die länger hospitalisiert bleiben müssen — oft aus entfernten Regionen — zur Aufnahme. Im weiteren werden Kinder, die nach der Entlassung nicht mehr unter spezialrztlicher Kontrolle stehen werden, später als andere Kinder entlassen. So kommt es zu dieser, fast nur in Kinderspitälern beobachteten Abweichung vom sonst meist geltenden höheren Anteil ausserkantonomaler Patienten an der Patientenzahl, im Vergleich zur Zahl der Pflegestage.

Tabelle 14

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflegestage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Sanatorien (Mehrzweckheilsttten)	25	26	27	28	29
Bettenzahl	200	110	190	165	112
prozentualer Anteil ausserkant. Patienten an den Pflegestagen	%	%	%	%	%
innerhalb der Spitalabteilung	12,7	16,3		26*	52,5
innerhalb der Tuberkulose-Abt.	19,7	15,5		14,5*	34
total	17	15,8	9,7	18*	46,5

* ohne Patienten des (ausserkantonomalen) Standortkantons, Zahlen aus dem Jahr 1969.

Die Belastung einer Heilstätte durch ausserkantonale Patienten wurde verschieden bewertet. So errechnete man in einem Fall (25) aus dem Durchschnittsaufwand pro Pflegestag und den entsprechenden Durchschnittseinnahmen von ausserkantonomalen Patienten einen Differenzbeitrag bis zu den Selbstkosten im total sämtlicher ausserkantonomaler Patienten von Fr. 195 000.—, der 1968 zu Lasten des Trgerkantons ging. In einem andern Beispiel (27) decken die ausserkantonomalen Patienten mit Kostgeldern und Nebenleistungen 95 % der Selbstkosten pro Pflegestag. Die durch sie verursachte finanzielle Belastung des Trgerkantons ist also sehr klein. In einem weiteren Fall (28), wo zwei in bezug auf den Standort ausserkantonale Kantone Träger der Mehrzweckheilsttte sind, geniesst der Standortkanton vor allem in bezug auf die Tuberkuloseabteilung wegen niederer Taxierung seiner Einwohner finanzielle Vorteile. Schliesslich im letzten Beispiel (29) stammen 2/3 der ausserkantonomalen Patienten aus einem

mit dem Trägerkanton benachbarten und eng verbundenen Kanton, der jährlich einen festen und die Selbstkosten praktisch deckenden Beitrag leistet.

Tabelle 15

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflegestage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Psychiatrische Kliniken	30	31	32	33
Bettenzahl	536	941	434	210
prozentualer Anteil ausserkantonomaler Patienten an den Pflegestagen	%	%	%	%
	1,3	1,5	32,4	33*

* ausschliesslich Patienten der allgemeinen Abteilung

Während in zwei dieser Kliniken (30, 31) in Berücksichtigung des relativ kleinen Anteils ausserkantonomaler Patienten deren Kostenanteil niedrig bleibt (für Beispiel 31 wurde er auf Fr. 23 000.— errechnet), ist er für andere Kliniken (32, 33) erheblich höher. Der wesentlich grössere Teil ausserkantonomaler Patienten (32) kommt aus einem nachbarlichen Vertragskanton. Die betriebliche Belastung durch diese Patienten macht eine Summe von rund Fr. 200 000.— aus. Allerdings ist auch hier anzurechnen, dass sie zu einer deutlich besseren Auslastung des Betriebes beitragen. Es ist nicht auszuschliessen, dass der Trägerkanton ohne die Belegung seiner Klinik mit den ausserkantonomalen Patienten für die eigenen Kranken allein mehr aufzuwenden hätte, da der Betrieb weniger ökonomisch geführt werden könnte. Es erstaunt, dass über die Betriebsgrösse als ökonomischen Faktor relativ wenig bekannt ist. Im weiteren Beispiel (33) macht der Sitzkanton in der Höhe seiner Beitragsgewährung an Patienten dieser privaten Klinik keinen Unterschied zwischen kantonalen und ausserkantonomalen Patienten.

Tabelle 16

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflegestage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Spezialkliniken (zusätzliche) bei Stiftungs- und Vereinstrgerschaft	34	35	36
Bettenzahl	225	327	82
prozentualer Anteil ausserkantonomaler Patienten an den Pflegestagen	%	%	%
IV-Patienten	*	15,5	30
andere		24,5	13,5
total	43	40	43,5

* mehr als die Hälfte aller Patienten sind IV-Patienten
Einige dieser Spezialkliniken sind trotz ihrer oft wichtigen überregionalen Aufgabe nur mit Mühe in der Lage, sich zu finanzieren.

Tabelle 17

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflegestage, bezogen auf die Gesamtzahl

Alters- und Pflegeheime	37	38
Bettenzahl	170	250
prozentualer Anteil ausserkantonomaler Patienten an den Patienten- bzw. Pflegestagen	%	%
	0,5	21

Die beiden Krankenanstalten (37, 38) sind durch Kantone getragen. Im Beispiel 38 sind die Taxen für ausserkantonale Patienten günstiger als im Beispiel 37. Es finden dort, sofern es die Platzverhältnisse erlauben, eine grössere Zahl ausserkantonomaler Patienten Aufnahme. Die daraus resultierenden Mehrkosten werden durch die für die ausserkantonomalen Patienten höher angesetzten Pflegegelder nur zur Hälfte gedeckt.

Tabelle 18

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflgeetage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Eingliederungssttten, Bderkliniken, Rehabilitationszentren				
	39	40	41	42
Bettenzahl	159	109	73	
prozentualer Anteil ausser-	%	%	%	%
kantonomaler Patienten an den	93	4,3	nicht	86,5
Pflgeetagen			ermittelt	

Diese Gruppe von Kliniken zeigt deutlich, dass der ausserkantonomale Patient als die Finanzen belastender Faktor zurcktritt. Im Falle 39 knnen bei den niedrigen Betriebskosten und bei der erbrachten Leistung eines Bundesbeitrages praktisch kostendeckende Beitrge erhoben werden. Da im Fall 40 mehrere Kantone und Stdte Mitrtger dieser Klinik sind, ist der Anteil ausserkantonomaler Patienten mit 4,3 % am gesamten Krankenbestand klein. Im weiteren erbringen die Privatpatienten Leistungen, die ber den effektiven Kosten pro Pflgeetag liegen. Schliesslich leisten die Patienten eidgenssischer Versicherungen einen relativ hohen Anteil an die effektiven Kosten pro Pflgeetag. Das Defizit der Betriebsrechnung ist entsprechend niedriger. Im Beispiel 41 rekrutieren sich die Kranken zu beinahe 99 % aus IV-Angehorigen. Diese Versicherung gewhrt darberhinaus weitere Beitrge. Und schliesslich stellten in einem sehr aufwendigen Spital (42) die ausserkantonomalen Patienten bis vor kurzem eine grosse finanzielle Belastung dar. Dank gntstiger Vertrge mit der IV konnte der Betrieb annhernd selbsttragend gestaltet werden. Wenn also in diesen Kliniken (39, 40, 41, 42) die betrieblichen Auslagen relativ leicht finanziert werden knnen, bereiten Neuanschaffungen und grssere Bauvorhaben meist gewisse Schwierigkeiten.

Tabelle 19

Anteil ausserkantonomaler Patienten, bzw. deren Pflgeetage, bezogen auf die Gesamtzahl.

Privatsptiler				
	43	44	45	
Bettenzahl	104	196	113	
prozentualer Anteil ausser-	%	%	%	
kantonomaler Patienten	9	32,5	13*	
			3**	
	(Pflgeetage)	(Pat.)	(Pflgeetage)	

* mit Patienten aus dem Vertragskanton
** ohne Patienten aus dem Vertragskanton

Privatsptiler richten sich in ihrer Taxgestaltung im allgemeinen nicht nach kantonomem oder ausserkantonomem Wohnsitz. In zwei Spitlern rein privaten Charakters (43, 44), an deren betrieb (und Bau) der Staat keine Leistungen erbringt, werden kantonale und ausserkantonomale Patienten finanziell gleich belastet. Hingegen leistet der Sitzkanton einem anderen Privatspital (45) einen Beitrag fr Patienten der allgemeinen Abteilung in der Hhe eines einerseits durch die erhobene Taxe andererseits durch 90 % der effektiven Kosten begrenzten Zuschusses. Die Privatpatienten selbst decken durch Pflgegeld und Nebenleistungen ungefrh die effektiven Kosten. Sie belasten also die Betriebsrechnung nicht.

Polikliniken, Ambulatorien

Hinsichtlich unserer Frage der Belastung durch ausserkantonomale Patienten gingen recht unterschiedliche Antworten ein. Da in manchen Spitlern die ausserkantonomalen Poliklinikpatienten, bzw. die ambulanten ausserkantonomalen Patienten, nicht ausgeschieden werden, beruhen die An-

gaben teilweise auf Schtzungen. Zudem wird der finanzielle Aufwand fr ambulante Patienten nach differenten Richtlinien errechnet. So widersprechen sich die Meinungen. Whrend einerseits sogar fr Universitklinien eine finanzielle Belastung durch ambulante ausserkantonomale Patienten verneint wird, wird andererseits eine solche angenommen. Wohl als sicher kann die Annahme gelten, dass — vielleicht mit Ausnahme hochspezialisierter Ambulatorien — die finanzielle Belastung durch ambulante Patienten im ambulanten Betrieb kleiner ist als im stationren. Meist sind hier kostendeckende Einnahmen zu erbringen. In zwei zahnrtzlichen Instituten spielen hinsichtlich finanzieller Belastung die ausserkantonomalen ambulanten Patienten offenbar keine grosse Rolle. In einem der angefragten Institute wird ausserkantonomalen Patienten auf die kantonomalen Taxen ein Zuschlag von 10 % erhoben.

Zur Bedeutung des ausserkantonomalen (bzw. auslndischen) Patienten anhand von Unterlagen aus Spitlern einzelner Kantone

Bei der gegebenen oft lckenhaften Erfassung des ausserkantonomalen Patienten in schweizerischen Spitlern hinsichtlich Anzahl und finanzieller Belastung eines Krankenhauses durch dessen Anwesenheit war eine umfassende Darlegung des Problems nicht mglich. Es erschweren mangelnde Registrierung, vielfltige Taxgestaltung und finanzielle Belastung des Patienten (in bezug auf Pflgesatz und Nebenkosten), unterschiedliche Beitragsleistung der Wohnsitzkantone ausserkantonomaler Patienten an den Betrieb, den berblick ber das Gesamtproblem. Immerhin ist es uns mglich, anhand von speziellen Unterlagen, Nheres ber die diesbezughchen Verhltnisse in den Kantonen Baselstadt und Baselland einerseits und dem Kanton Waadt andererseits auszusagen. Die besonderen Verhltnisse in der sog. Regio basiliensis widerspiegeln sich auch in der Art der Belegung der Spitler, wrber Tabelle 20 orientiert.

Das unterschiedliche Ausmass der Besetzung der einzelnen Spitaler durch Kranke aus den verschiedenen Gebieten der Regio basiliensis ist durch die Funktion der Krankenhuser mitbedingt. Erwartungsgemss stehen die Universitklinien einem grsseren Kreis offen und werden auch vermehrt aus der Peripherie der Region, von Aargau, Solothurn, Bern und dem benachbarten Ausland frequentiert. Dies gilt vor allem fr die Universits-, Augen- und Kinderkliniken. Solche Zentralkliniken erfllen eben eine Aufgabe, die durch die Spitaler der «zweiten Linie» nicht gelst werden kann.

Einen Einblick in die prozentuale Aufteilung nicht im Kanton wohnhafter Patienten in einer ausgewhlten Gruppe waadtlndischer Spitaler gibt Tabelle 21.

Demnach verhalten sich die absoluten Zahlen zwischen ausserkantonomalen und auslndischen Patienten in ffentlichen Spitlern wie 3 : 2, in Privatspitlern wie 1 : 3. Im weiteren betrug (nach der erwnten Studie) der Anteil der ausserkantonomalen Patienten in den hier bercksichtigten ffentlichen Spitlern 11,2 %, in smtlichen bercksichtigten (inkl. privaten) Spitlern 15,7 %. Notwendigkeit ja Zwang zu Bercksichtigung und Einbezug berkantonomaler Bedrfnisse in der Hospitalisation haben verschiedenenorts zu vertraglichen interkantonomalen Abmachungen gefhrt. In nachfolgender Tabelle 22 wird auf einige solcher Vereinbarungen hingewiesen, die in erster Linie die finanzielle Mehrbelastung eines Kantons durch ausserkantonomale Patienten ber den Weg von Sonderbeitrgen durch begnstigte Nachbarkantone an die Hospitalisierungskosten regeln.

Tabelle 20
Wohnort der Patienten in Spitälern beider Basel in prozentualer Beziehung (Patientenzahl oder Pflegetage) zur Gesamtzahl der Patienten.

	Basel-Stadt	Basel-land	Aargau	Solothurn	Bern	übrige Ausser-kantonale	Deutsch-land	Frank-reich	übriges Ausland	Ausland total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Bürgerspital (Pflege tage)	64	17			10			9		9
Frauenspital (Pflege tage)	62,5	25,4			5		4,5	2,5	0,5	7,5
Poliklinik	59				29			12		12
Kinderspital (Patienten)	31,5	30			9		26,8	2,2	0,5	29,5
Neurologische Universitätsklinik (Pflege tage)	43,9	20	12,3	6,5	4,8	3,8	6,2	2,0	0,5	8,7
Poliklinik	53	24,5	6,0	5,5	4,9	1,9	2,5	1,3	0,4	4,2
Felix-Platter-Spital (Pflege tage)	91,5	5,5			1,5			1,5		1,5
St.-Clara-Spital (Patienten)	55	33			9,5			2,5		2,5
Augenspital (stationäre Patienten)	39,45	17,33			28,61		8,99	4,91	0,7	14,6
Poliklinik	55,35				34,33		6,01	4,31	—	10,3
Diakonissenanstalt Riehen (Pflege tage)	83	10			3,1			3,6	0,3	3,9
Klinik Sonnenhalde (Pflege tage)	71	6,5			13,7			6,4	2,4	8,8
Kantonsspital Liestal	2,5	88,1	2,2	1,4		4,2		1,6		1,6

Tabelle 21
Aufteilung (in Prozenten) ausserkantonaler bzw. ausländischer Patienten innerhalb einer ausgewählten Gruppe öffentlicher und privater, im Kanton Waadt gelegener Spitäler (Verhältnisse des Jahres 1962, entnommen einer Studie der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt, 1968).

	Wallis Genf Neuen-burg	andere ausser-kantonale	Frank-reich	andere Aus-länder
	%	%	%	%
Öffentliche Spitäler	44,2	15,9	23,1	16,8
Privatspitäler	19	7,1	5,4	68,5

Tabelle 22
Hinweis auf einzelne Verträge, Vereinbarungen oder Abkommen, die im Rahmen der Hospitalisierung ausserkantonaler Patienten zwischen beteiligten Kantonen geschlossen oder getroffen wurden.

1. Spitalabkommen Baselland — Basel-Stadt
2. Vertrag zwischen Niederbipp und Solothurn, bzw. den Solothurnischen Krankenkassen
3. Vertrag zwischen dem Krankenhaus Richterswil und den schwyzerischen Krankenkassen bzw. dem Kanton Schwyz und dem Bezirk Höfe
4. Abkommen zwischen dem Bezirksspital Dorneck und dem Kanton Baselland
5. Vereinbarung zwischen dem Kantonsspital Zürich und dem Kanton Zug
6. Abkommen zwischen dem Kantonsspital Liestal und dem Kanton Solothurn für Patienten aus dem Schwarzbubenland
7. Abkommen zwischen dem Kantonsspital Olten und dem Kanton Baselland für Patienten aus dem oberen Homburgertal
8. Abkommen zwischen dem Kantonsspital Glarus und dem Kanton Uri für Patienten des Urnerbodens während der Zeit, da der Klausenpass geschlossen ist.

Es ist nicht zu erwarten, dass solche Übereinkommen in bezug auf die Höhe der Beiträge etwa einheitlich wären. Im Gegenteil: von der praktisch 100 %igen Kosten-

deckung bis zu Beiträgen mehr symbolischen Charakters gibt es alle Übergänge. Im weiteren werden Zuschüsse, entweder bezogen auf Anzahl und Pflegetage ausserkantonaler Patienten oder pauschal, entrichtet. Neben solchen Zuschüssen durch die Kantone an durch ihre Einwohner frequentierte Spitäler in Nachbarkantonen bestehen auch auf Krankenkassenebene des öftern Vereinbarungen über die Kantongrenze hinweg zwischen Kasse und beteiligtem Spital. Schliesslich kommen vertragliche Regelungen zur Abgeltung des Hospitalisierungsaufwandes für den Patienten zwischen eidgenössischen Versicherungen und Spital noch dazu.

In diesem Zusammenhang sind hier auch die Lösungen von Interesse, wie sie das Fürstentum Liechtenstein mit einer Reihe von schweizerischen Spitälern getroffen hat. In Vaduz besteht lediglich ein relativ kleines Krankenhaus, so dass das Land seine zu hospitalisierenden Kranken zu einem wesentlichen Teil in der Schweiz gelegenen Nachbarspitälern übergibt. Für die Auslagen kommen Kranken- und Unfallversicherungen Liechtensteins und der Schweiz auf, anderseits über eine entsprechende Defizitbeteiligung am Haushalt des aufgesuchten Spitals die liechtensteinische Landesregierung. Aufgesucht werden vor allem Spitäler der Kantone St. Gallen und Graubünden, wo die liechtensteinischen Patienten sogar zahlreicher sein können als ausserkantonale Patienten. Im übrigen bestehen Finanzabkommen der liechtensteinischen Landesregierung seit dem 1. 1. 1970 mit drei bündnerischen Spitälern (Rhätisches Kantons- und Regionalspital Chur, kant. Frauenspital und Kreuzspital Chur) und seit dem 1. 4. 1970 mit drei st. gallischen Spitälern (Kantonsspital St. Gallen, Krankenhaus Grabs, Krankenhaus Walenstadt), nach denen die Patienten aus dem Fürstentum wie kantonale Patienten taxiert werden. Schliesslich hat sich die liechtensteinische Landesregierung schon seit längerer Zeit am ostschweizerischen Kinderspital St. Gallen durch Beiträge finanziell beteiligt.

Das Problem des ausserkantonalen Patienten aus der Sicht des Kranken

Ein Kranker kann aus verschiedenen Gründen (zum) ausserkantonaler Patient werden. Es sind folgende:

1. Medizinische Gründe.

Ein Patient findet in seinem Wohnkanton die für ihn geeignete Behandlung nicht oder wird fern seines Wohnortes zu einem medizinischen Notfall. In beiden Fällen ist der Patient gezwungen, ein Spital ausserhalb seines Wohnkantons aufzusuchen.

2. Regionale Gründe.

Die dem Wohnort des Patienten nächstliegende Krankenanstalt befindet sich in einem Nachbarkanton.

3. Persönliche Gründe.

Ein Patient will sich von einem bestimmten Arzt oder in einer bestimmten Klinik ausserhalb seines Wohnkantons behandeln lassen.

Nach den Gepflogenheiten übernehmen die Aufgabe der Hospitalisierung Kranker in erster Linie die im Wohnkanton selbst gelegenen Spitäler. Danach richtet sich die für Kantonseinwohner und Ausserkantonale unterschiedliche Höhe der Pflgetaxen. Diese ist im allgemeinen für ausserkantonale Kranke — vorausgesetzt, dass keine speziellen interkantonale Abkommen bestehen — eher prohibitiv gehalten. Die Tendenz, den ausserkantonalen Kranken eher von einem Krankenhaus fernzuhalten, dessen Betrieb er defizitär belastet, entspricht dem Prinzip der Kantone, anfallende Aufgaben in erster Linie für ihre Kantonseinwohner zu lösen. Dass hier aber tragbare Grenzen nicht überschritten werden, zeigt sich in der Taxgestaltung bzw. in der Gegebenheit, dass die Taxen für ausserkantonale Kranke meist wesentlich unter den Selbstkosten liegen. Im Interesse der Kranken wurden dort interkantonale Lösungen getroffen — wie z. B. in der Vereinbarung zwischen dem Kantonsspital Zürich und dem Kanton Zug —, wo für einen nichtuniversitären kleineren Kanton ein Anschluss an ein hochspezialisiertes Zentralspital im Interesse der Kranken sich aufdrängt. Auch nicht krankenversicherte Selbstzahler kommen hier in den Genuss einer solchen Abmachung. Auch für die Krankenkassen bestehen in solchen Fällen Verpflichtungen. So schreibt Art. 19^{bis} des KUVG folgendes vor: «Muss sich der Versicherte aus medizinischen Gründen in eine bestimmte Heilanstalt begeben, so hat die Kasse ihre Leistungen nach den Taxen der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt zu richten.» Die Krankenkassen müssen in diesem Fall die Pflichtleistungen (ärztliche, medizinische und pflegerische Leistungen) voll übernehmen, können hingegen einen angemessenen Teil der Pflgetaxen (Unterkunft und Verpflegung) in der Regel bis zu Fr. 6.— pro Tag dem Patienten belasten. Sind hingegen die Gründe, weswegen vom Kranken ein ausserkantonaies Krankenhaus aufgesucht wird, rein persönlicher Natur, sind die Krankenkassen lediglich zu Leistungen in einer Höhe verpflichtet, wie sie gegenüber einem entsprechenden Spital des eigenen Kantons verpflichtet wären.

Die Analyse ergibt also, dass auch bei der Hospitalisation in der Schweiz konstruktiver Föderalismus nicht unbekannt ist.

Schlussfolgerungen

Nach Recht und Gepflogenheit ist das Gesundheitswesen in der Schweiz Sache der Kantone. Trotz dieses föderalistischen Aufbaus auch der Hospitalisation und wohl nicht zuletzt wegen den räumlich engen Verhältnissen ist der ausserkantonale Patient in der ganzen Schweiz, wenn auch

in unterschiedlichem Ausmass, häufig und stellt daher in planerischer, betrieblicher und finanzieller Hinsicht ein bedeutsames Faktum dar. Denn die kantonalen Hoheitsgrenzen können auch im Spitalwesen nicht dermassen starr gehalten werden, dass sie nicht auch von spitalbedürftigen Kranken überschritten werden könnten, womit diese jeweils aus der Gruppe kantonalen in die Gruppe ausserkantonalen Patienten hinüberpendeln. In unserer Studie hat sich erneut gezeigt, dass auch die Verwaltungsfachleute des Spitals sich entweder im Unklaren befinden oder unterschiedlicher Meinung sind, inwieweit ein ausserkantonaler Patient an sich Betriebsrechnungen schliesslich finanziell belastet oder entlastet. Verschiedene Krankenhausverwalter weisen darauf hin, dass die ausserkantonalen Patienten sich in ihrem Betrieb eher positiv als negativ auswirkten, da beim Wegfall von Kranken aus kantonsfremden Gebieten sich die fixen Kosten nur wenig verringern würden, andererseits aber die Erträge zurückgingen. Zur vernünftigen Auslastung einer Spezialklinik mit ihren aufwendigen Einrichtungen und einem qualifizierten, lohnintensiven Personalstab ist überdies ein Krankengut erforderlich, das unter Umständen innerhalb eigener Kantons Grenzen nicht zu finden wäre. Diese relative Unsicherheit in der Wertung des ausserkantonalen Patienten wird wohl mit ein Grund sein für das — in unserer Studie festgestellte — relativ grosszügige Gewähren von ausserkantonalen Spitalaufhalten an sie suchende Kranke durch die Träger- oder Sitzkantone, die in den wenigsten Fällen auf allgemeinen Abteilungen kostendeckende Forderungen an den ausserkantonalen Kranken stellen. Dabei wird verständlicherweise ein durch eigene Kranke ständig überfülltes Krankenhaus dem ausserkantonalen Patienten gegenüber restriktiver eingestellt sein als ein Spital, an dessen optimale Besetzung ausserkantonale Patienten wesentlich beitragen. Wie wir darlegten, geht die Streuung ausserkantonaler Kranker praktisch von allen Kantonen aus und in sämtliche Kantone hinein, ein Phänomen also, das sich interkantonal auswirkt. Zum Beispiel: eine eindruckliche Darstellung interkantonaler Krankenhausbeziehungen findet sich im Expertenbericht II, 1968, des Kantons Aargau, wo Richtung und Ausmass entsprechender Zu- und Wegströme für die verschiedenen Regionen vermerkt sind. Es stellt sich an diesem Beispiel auch der Sog von Universitätsspitalern dar mit ihren entsprechend Tabelle 7 und Tabelle 20 von ausserkantonalen Kranken verschieden häufig aufgesuchten Spezialkliniken, ein Sog also auf einen nicht universitären Kanton, der sich auch dann auswirkt, wenn dieser über gut ausgebaute Zentralspitäler verfügt. Dabei ist auch hier die allgemeine Erfahrung nicht zu übergehen, dass die Kantone — obwohl politische Einheit — sich des öftern in mancherlei Funktionen in eine oder gar mehrere überkantonale Regionen eingliedern, die u. U. die Probleme des wirtschaftlichen Einsatzes der Bevölkerung, ihrer Schulung und Hospitalisierung auf gewissen Ebenen und für gewisse Gruppen besser zu lösen vermögen als der Wohnortskanton dies zu tun vermag, zumal wenn eine günstige Verkehrslage solchen Tendenzen entgegenkommt. Sahen die Gemeinden mit ihrer gegenüber Kantonen im Durchschnitt kleineren Grösse sich des früheren und öftern vor die Notwendigkeit gestellt, durch über Gemeindegruppen gebildete Zweckverbände überkommunale Aufgaben zu lösen, greift dem analog ein solcher Trend vermehrt auch auf die Kantone über. Wenn auch die Hospitalisation rechtlich Aufgabe der Kantone bleibt, ist dieser Auftrag nicht selten nur dann sinnvoll zu erfüllen, wenn in interkantonalen Abkommen Kantons Grenzen übergangen werden. Kleine, bevölkerungsarme und finanzschwache Kan-

tone z. B. sind auf ein grösseres Spital in einem der Nachbarkantone angewiesen und könnten eine entsprechende eigene Klinik finanziell nicht tragen und mit den eigenen Patienten oft auch nicht betreiben. Es gibt eine Reihe von Kantonen, die offensichtlich sachlich und auch finanziell vom Nachbarkanton Nutzen ziehen. Wenn eine entsprechende Klinik im eigenen Kanton zwar finanziell vielleicht tragbar wäre, wegen der Mehrspurigkeit sich aber nicht als sinnvoll erwiese, ist die Leistung einer Defizitgarantie für Patienten in Krankenanstalten anderer Kantone sicherlich zweckmässiger. Mit den steigenden Spitalkosten werden vermehrte Abkommen über die Kantonsgrenzen hinweg zur Entlastung spitaldifferenzierterer Kantone folgen. Unter den in Tabelle 22 zusammengestellten Verträgen, Vereinbarungen oder Abkommen seien hier lediglich die Spitalabkommen der Kantone Baselland, Basel-Stadt und Zürich und Zug erneut angeführt. Es scheint uns, dass manch' in der Peripherie eines Kantons gelegenes Spital dann namentlich mit Vorteil über einen überkantonalen Zweckverband geführt würde, wenn dadurch eine für eine spezialistische Gliederung notwendige, zum mindesten untere Spitalgrösse erreicht werden könnte.

Im Zeitalter von Distanzen verkürzenden Autobahnen und regional sich entwickelnden Bevölkerungsagglomerationen wird des öfters nur ein klug konstruierender Föderalismus zu Anachronismen überwindenden Lösungen einer sinnvollen Hospitalisation führen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie über die Bedeutung des ausserkantonalen Patienten in schweizerischen Spitälern ging man von Unterlagen des Jahres 1968 aus. Erhebungen aus 177 Krankenanstalten aus 25 Kantonen liegen ihr zu Grunde. Durch diese Auswahl wurden minimal 22 %, maximal 100 % der gesamten Pflage tage der einzelnen Kantone erfasst. Es liess sich nachweisen, dass die schweizerischen Krankenhäuser je nach geographischer Lage (im Kanton zentral, peripher), Betriebsform (öffentliches, privates Spital), Aufgabe (Regionalspital, Universitätsklinik) recht verschiedene Zahlen ausserkantonalen Patienten aufweisen. Ist der Zufluss ausserkantonalen Kranker gross, können davon betroffene Kantone vor erhebliche baulich-räumliche, personelle und finanzielle Probleme gestellt werden. Auf Grund eines die Verhältnisse im Kanton Aargau analysierenden Expertenberichtes lassen sich Richtung und Ausmass sowohl des Zustroms ausserkantonalen Patienten in die einzelnen Spitäler, wie auch der analoge

Wegstrom in Krankenhäuser benachbarter Kantone modellhaft darlegen. Der statistischen Erfassung ausserkantonalen Patienten stehen gewisse Schwierigkeiten im Wege. Dies weniger bei kantonalen Krankenanstalten, die ihre Patienten ohne Mühe in die drei Gruppen der kantonalen, ausserkantonalen und ausländischen Patienten einzureihen vermögen, als vielmehr bei solchen Krankenhäusern, die von Trägergemeinden finanziert sind und wo es seltsamerweise wichtiger sein kann, ob der Patient aus einer Nicht-trägergemeinde des Sitzkantons stammt als von Regionen ausserhalb des Kantons. Im übrigen gilt in der Regel als ausserkantonaler Patient, wer Wohnsitz bzw. Steuersitz in einem anderen Kanton hat, als sich der Standort des Krankenhauses befindet, in dem sich der Kranke aufhält.

Die Anteile ausserkantonalen Patienten am Krankenbestand schwanken nicht nur zwischen einzelnen Krankenhäusern, sondern auch in Grossspitälern innerhalb deren einzelnen Kliniken. Während z. B. innerhalb eines bestimmten Universitätskrankenhauses der Anteil ausserkantonalen Patienten im Maximum in der Neurochirurgischen Klinik 51 %, hingegen in der Geburtshilflichen Klinik minimal 2,9 % ausmacht, schwanken die Anteile in den übrigen Spezialkliniken innerhalb der zitierten Extreme, Anteilzahlen, die wohl zur Hauptsache den Bedürfnissen des Einzugsgebietes für diesbezügliche Spezialkliniken entsprechen dürften. Auf Verhältnisse in bestimmten Spitälern der Region Basel wird detailliert hingewiesen. Auch hier differente Anteile ausserkantonalen Patienten in den dem Gesamtspital zugehörigen Spezialkliniken. In einer ausgewählten Gruppe von Waadtländer Spitälern beträgt der Anteil ausserkantonalen Patienten (Jahr 1962) 11,2 %. Im weiteren wird auf interkantonale vertragliche Regelungen, welche die durch ausserkantonale Patienten bedingte finanzielle Mehrbelastung eines Kantons (über den Weg von Sonderbeiträgen von begünstigten Nachbarkantonen an die Hospitalisierungskosten) lösen, aufmerksam gemacht.

Literatur

- Expertenbericht II, 1968, über die Planung des aargauischen Krankenhauswesens.
- Jahresbericht 1968 berücksichtigter Spitäler.
- Krankenhausprobleme der Gegenwart, E. Haefliger und V. Elsassner, Bd. 1—4, 1967—1970; Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien.
- Studie der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt, 1968.
- Unterlagen der VESKA, Aarau, über Krankenanstalten-Kategorien, erfasste Spitäler und Pflage tage.

